

15. März 2005

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0831(33)
vom 16.03.05

15. Wahlperiode**

Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes – Kritische Bestandsaufnahme (BT Drucksache 15/4135)

**Antrag der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz
u. a. und der Fraktion der CDU/CSU**

Die EAF begrüßt diesen Antrag und hält eine kritische Bestandsaufnahme des GKV-Modernisierungsgesetzes ebenfalls für sehr wichtig. Zu einzelnen Vorstellungen folgen aus unserer familienpolitischen Sicht einige kurze Anmerkungen:

Stärkung der Prävention - Kritische Bestandsaufnahme

EAF und VAMV als Verbände der Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen (AGF) haben am 8. März 2005 auf Anfrage des Ausschusses eine Stellungnahme zum Entwurf eines Präventionsgesetzes abgegeben und auf der Anhörung vertreten. Besonders wichtig erscheint uns, die Gesundheitschancen *aller* zu verbessern und dabei vor allem auf die besonderen Probleme sozial und finanziell schwacher Familien zu achten. Diese wie auch alte Menschen haben verstärkt Schwierigkeiten, in Eigeninitiative Prävention zu betreiben.

Neben der sozialbedingten ist auch die geschlechtsbezogene Ungleichheit verschärft in den Blick zu nehmen, wenn durch Prävention gesundheitliche Belastungen abgebaut werden sollen.

Die EAF fordert daher, ein Schwergewicht bei der Überprüfung und Bewertung der GKV-Reform darauf zu legen, wie die Auswirkungen für die Familien und für sozial und finanziell schwache Menschen sind. Eine Zwei-Klassenmedizin, die aus Gerechtigkeitsgründen entgegenzutreten ist, hat zudem auch hohe Folgekosten für die Gesellschaft. So stehen z. B. die Bildungschancen von

Kindern im engen Zusammenhang mit ihrem Gesundheitsstatus.

Unterversorgung der Kinder

Mit Blick auf Kinder ist nach unseren Erkenntnissen ganz besonders kritisch zu betrachten, inwieweit die neuen Regelungen (z. B. Praxisgebühr, erweiterte Bezahlung von Arzneimitteln) zu der im Antrag angesprochenen Unterversorgung führen.

Experten berichten vom Rückgang der Arztbesuche und der Einnahme von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln bei Kindern. Gleichzeitig nehmen chronische Erkrankungen im Kindesalter zu.

Viele Eltern sind über die Gegebenheiten des Kostenerlasses für ihre Kinder, nicht informiert. Auch hier ist Handlungsbedarf.

Ebenfalls ist der Abbau von Kinderkrankenbetten zu verzeichnen, die Schließung von Kinderkrankenstationen und die Tendenz, zentrale Versorgungskliniken deren Aufgaben übernehmen zu lassen. Dies belastet Familien in ballungsfernen Gegenden besonders.

Nach einschlägigen Aussagen ist schon jetzt die Verschleppung/Chronifizierung von Krankheiten aufgrund der beschriebenen Bedingungen zu verzeichnen.

An dieser Stelle muss noch einmal eindringlich eine Ausdehnung kindermedizinisch spezifischer Forschung eingefordert werden.

Die Altersgrenze der Kinder für die Erstattung nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel ist von 12 auf mindestens 18 Jahre auszudehnen.

Heimbewohner/innen

Hier appellieren wir ebenso wie die Antragsteller, die Kürzung des zur Verfügung gestellten Barbetrages für die Heimbewohner/innen äußerst kritisch zu bewerten. Es stellt eine besondere Härte dar, von diesem - als zu niedrig bewerteten! - Barbetrag bei Erkrankung Zuzahlungen sowie nicht-verschreibungspflichtige Medikamente finanzieren zu müssen. Nicht erkennbar ist für uns, wie und aus welchen Mitteln Sozialhilfeempfänger das zinslos gewährte Darlehen zurückzahlen können.

Wir sprechen uns eindringlich dafür aus, den Betrag, den Menschen für ihre Unterbringung in einem Heim selbst leisten und dann mit ihrem Einkommen knapp über den Unterbringungskosten liegen, bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nicht heranzuziehen.

Künstliche Befruchtung

Auch wir halten eine familienpolitische Bewertung der Neuregelungen für sehr wichtig.

Eine *bevölkerungspolitische Bewertung* des Rückgangs künstlicher Befruchtungen nach den erfolgten Leistungseinschränkungen ist aus Sicht der EAF abzulehnen. Die künstliche Befruchtung führt in einer Vielzahl von Fällen zu keiner Schwangerschaft, die Paare befinden sich nach einer in der Regel meist langen Zeit vergeblicher natürlicher Versuche in einem psychisch sehr belastenden Zustand, den jeder erneute Versuch im Wege der IVF weiter verstärkt und den Erfolg immer mehr erschwert. Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt werden vermehrt nach künstlicher Befruchtung verzeichnet. Auch liegen Erkenntnisse vor, dass aufgrund der hohen Belastungen, unter denen das Kind mittels IVF gezeugt wurde, seine Eltern ihm mit überhöhten „Glückserwartungen“ gegenüberstehen. Sie erhoffen Kompensation zu den leidvollen psychischen und physischen Belastungen bei den vergeblichen

Schwangerschaftsversuchen.

Aussagen der Ärzteschaft, dass sich nach Einführung der strengeren Kriterien für die künstliche Befruchtung die Zahl der Inanspruchnahme drastisch reduziert hat, differenzieren nicht, wie viel Geburten es tatsächlich weniger gab (die Mehrzahl der Versuche künstlicher Befruchtung ist nicht erfolgreich).

Einen *Anspruch* auf ein Kind kann es nicht geben; auch deshalb ist es sinnvoll, die Anzahl der Versuche künstlicher Befruchtungen einzugrenzen. Die Kostenbeteiligung der Paare, die den Weg der IVF gehen möchten, ist aus Sicht der Solidargemeinschaft der Versicherten gerechtfertigt. Da Paare sich aus eigenem Wunsch und Bedürfnis der künstlichen Befruchtung zuwenden, weil sie ihre Kinderlosigkeit als Mangel erleben, der Erfolg, d. h. die Geburt eines Kindes aber nicht gewiss und eher fraglich ist, ist eine höhere Kostenbeteiligung durch die Solidargemeinschaft bzw. die Allgemeinheit nicht zu bejahen. Eine Instrumentalisierung dieser Paare, die den reproduktionsmedizinischen Weg wählen, aus bevölkerungspolitischen Motiven ist nach Meinung der EAF abzulehnen.

Inhalte einer kritischen Bestandsaufnahme

Aus der *familienpolitischen Sicht der EAF* ist bei der Überprüfung und Bestandsaufnahme der Wirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes *besonders wichtig*:

- Versorgung von Kindern (s. o.)
- Inanspruchnahme medizinischer Versorgung sozial und finanziell schwacher Personen und Familien
- die genaue Erfassung der Gesamtbelastungen für Haushalte und insbesondere für Familien mit geringem Einkommen
- die Erfolge, d. h. die Lebendgeburten nach reproduktionsmedizinischen Maßnahmen
- die Vermeidung von ungerechter Klassifizierung von Selbstzahlenden und Sozialhilfeempfängern in Heimen
- die Absicherung von medizinischer Versorgung der Individuen und Familien außerhalb der Ballungszentren, insbesondere von Kindern.